Gdynia, dnia ……………..

**Prorektor ds. Studenckich i Kształcenia UMG**

**w/m**

**Skierowanie na praktykę**

Prosimy o skierowanie studenta III roku studiów stacjonarnych / niestacjonarnych\* na praktykę zawodową w wymiarze 160 h.

**Kierunek:**

**Specjalność:**

**Termin odbywania praktyki:** od dnia ...................... do dnia ...................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię studenta: |   | numer albumu: |   |
| Adres e-mail: |   | numer telefonu: |   |
| Adres zamieszkania : | *kod pocztowy i miejscowość, ulica i numer budynku/lokalu* |
| Nazwa przedsiębiorstwa : |   |
| NIP : |   |
| Adres przedsiębiorstwa : | *kod pocztowy i miejscowość, ulica i numer budynku/lokalu* |
| Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyk: |   |
| Telefon kontaktowy :E-mail: |   |

**Ubezpieczenie** **NNW studenta**: UMG / inne\*

|  |  |
| --- | --- |
| Opiekun praktyk dla danej specjalności WZNJ:...............................................*Data i podpis* | Kierownik praktyk - Prodziekan ds. Studenckich:...............................................*Data i podpis* |

\* właściwe podkreślić